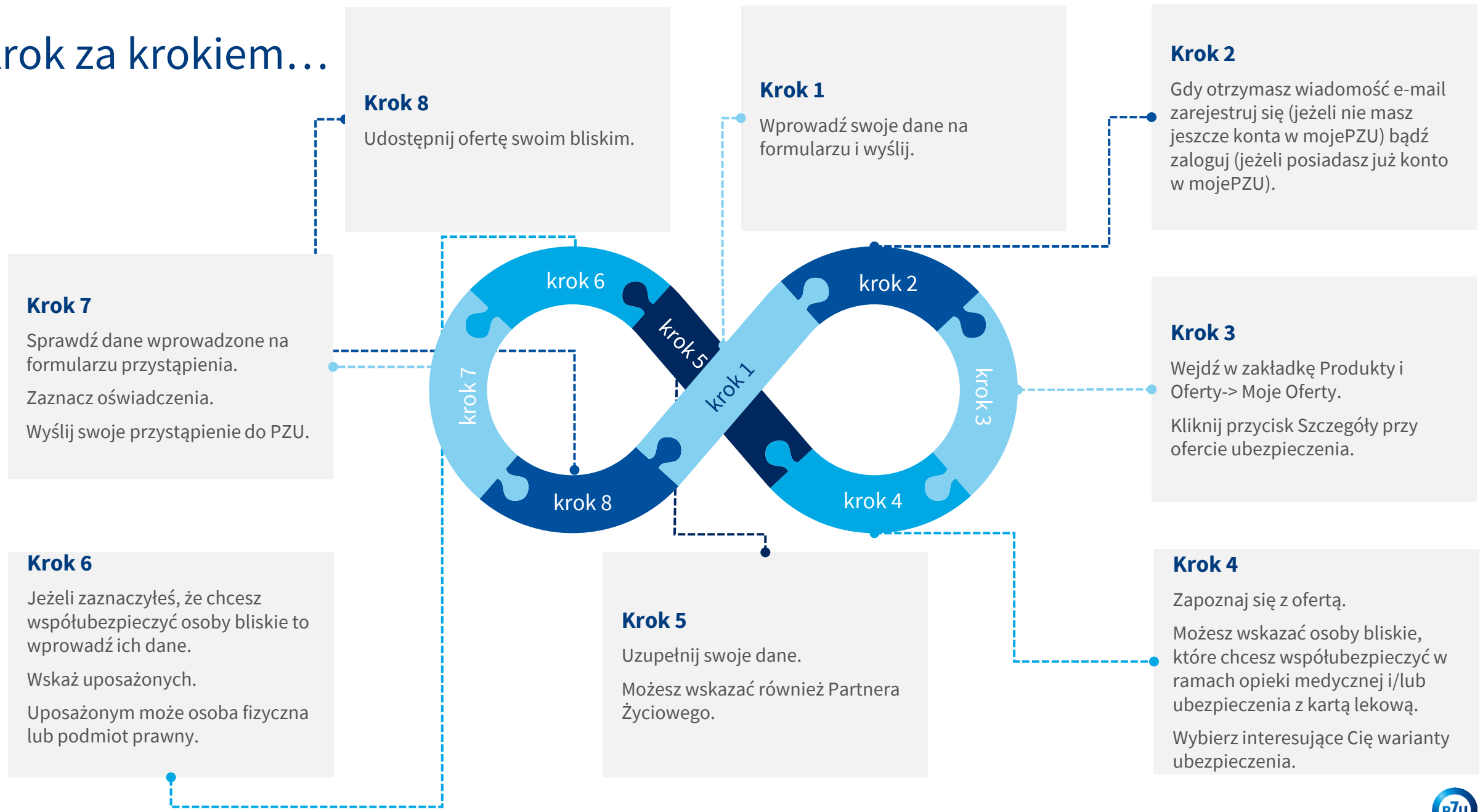




# **PNŻ łączy** – instrukcja przystępowania w mojePZU

BSR  
Warszawa, marzec 2025 r.

# Krok za krokiem...



## Krok 8

Udostępnij ofertę swoim bliskim.

## Krok 1

Wprowadź swoje dane na formularzu i wyślij.

## Krok 2

Gdy otrzymasz wiadomość e-mail zarejestruj się (jeżeli nie masz jeszcze konta w mojePZU) bądź zaloguj (jeżeli posiadasz już konto w mojePZU).

## Krok 3

Wejdź w zakładkę Produkty i Oferty-> Moje Oferty. Kliknij przycisk Szczegóły przy ofercie ubezpieczenia.

## Krok 4

Zapoznaj się z ofertą. Możesz wskazać osoby bliskie, które chcesz współubezpieczyć w ramach opieki medycznej i/lub ubezpieczenia z kartą lekową. Wybierz interesujące Cię warianty ubezpieczenia.

## Krok 5

Uzupełnij swoje dane. Możesz wskazać również Partnera Życiowego.

## Krok 7

Sprawdź dane wprowadzone na formularzu przystąpienia. Zaznacz oświadczenia. Wyślij swoje przystąpienie do PZU.

## Krok 6

Jeżeli zaznaczyłeś, że chcesz współubezpieczyć osoby bliskie to wprowadź ich dane. Wskaż uposażonych. Uposażonym może osoba fizyczna lub podmiot prawny.

# Udostępnienie oferty

## Pracownik – udostępnienie oferty i rejestracja/logowanie w mojePZU



Wejdź na stronę i wypełnij formularz.

Dane, które są potrzebne do udostępnienia oferty:

- Imię i nazwisko
- PESEL
- E-mail oraz nr telefonu komórkowego

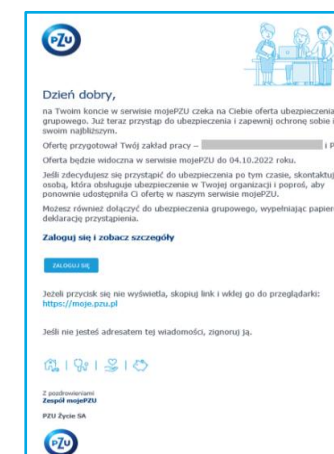


Zaznacz oświadczenia i kliknij wyślij.

W ciągu kilku minut otrzymasz wiadomość e-mail z informacją o udostępnieniu oferty.



Jeżeli nie posiadasz konta w mojePZU, otrzymasz wiadomość z informacją o udostępnieniu oferty oraz linkiem i kodem, dzięki którym zarejestrujesz się w mojePZU

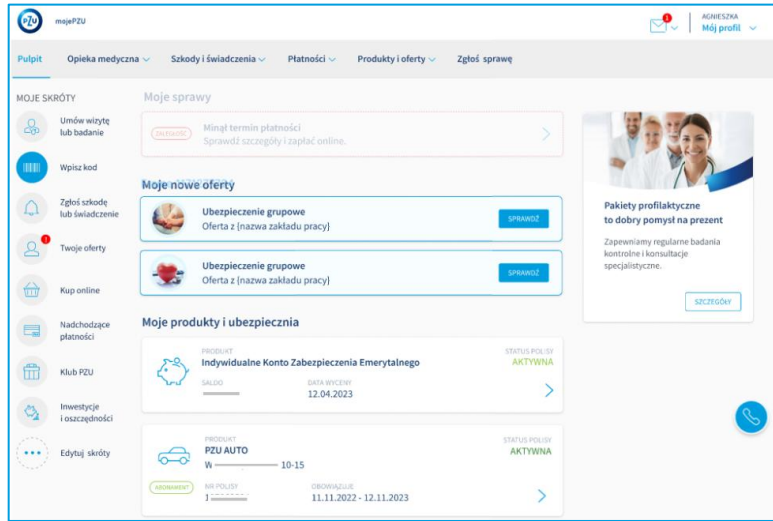


Jeżeli masz już konto w mojePZU, otrzymasz wiadomość z informacją o udostępnieniu oferty.



# Oferta ubezpieczenia

Pracownik – zapoznanie się z ofertą i wybór wariantu ubezpieczenia



1

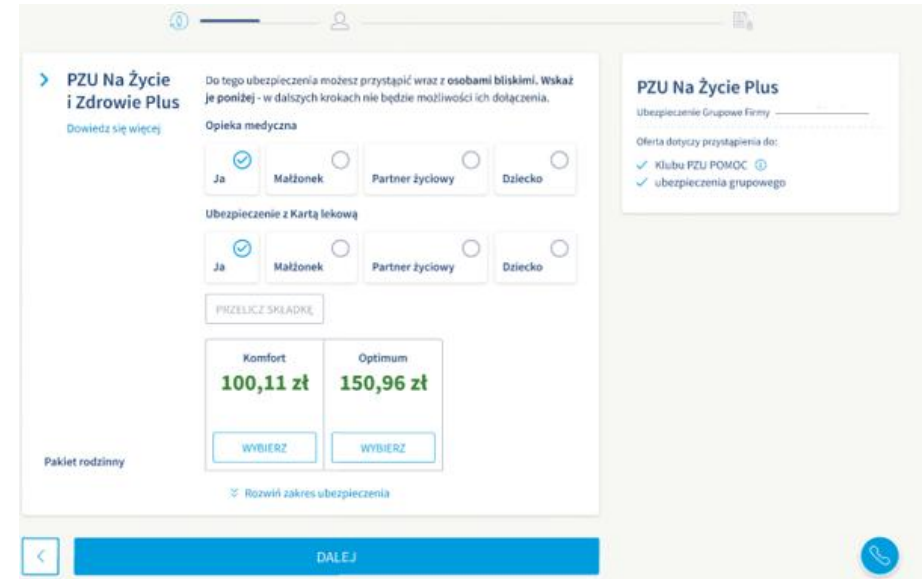
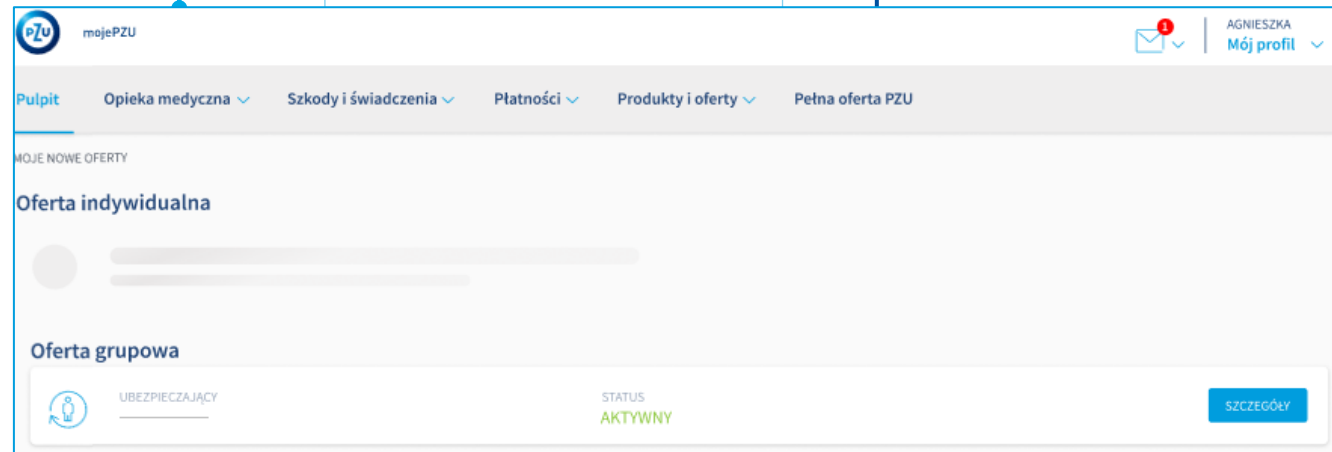
## Oferta

Wejdź w zakładkę Produkty i oferty lub kliknij Sprawdź przy ofercie w sekcji Moje nowe oferty.

2

## Szczegóły oferty

Kliknij Szczegóły przy ofercie ubezpieczenia.



3

## Wybierz wariant

Zaznacz osoby bliskie, które chcesz ubezpieczyć w zakresie Opieki Medycznej i/lub ubezpieczenia z kartą lekową.

Wybierz interesujący Cię zakres ubezpieczenia. Zaznacz interesujące Cię warianty ubezpieczenia.

# Oferta ubezpieczenia

## Pracownik – wprowadzenie danych na deklaracji

**Potwierdź swoje dane**

Leokadia

PESEL: \_\_\_\_\_  
data urodzenia: 1 \_\_\_\_\_  
płeć: kobieta  
miejsce urodzenia: Częstochowa  
kraj: Polska  
adres: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
numer telefonu: \_\_\_\_\_

**Uzupelnij dodatkowe dane**

Pobierz dane  
Z POPRZEDNIEJ DEKLARACJI

Obywatelstwo  
polskie

Forma zatrudnienia  
\_\_\_\_\_

Data zatrudnienia  
\_\_\_\_\_

Kraj stałego zamieszkania  
Polska

**PZU Na Życie Plus**  
Ubezpieczenie Grupowe Firmy Asasco Spółka Akcyjna

zł

- ✓ PZU Na Życie Plus: Wariant 2 268,61 zł
- ✓ DOFINANSOWANIE Składkę za Ciebie opłaca Twój pracodawca.
- ✓ Medyczny Expert Domowy 12 zł
- ✓ Wsparcie dla bliskich 45,89 zł

Pełny zakres ubezpieczenia  
Pobierz OWU oraz dokumenty zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym

DALEJ

1

### Uzupelnij swoje dane

Sprawdź i uzupełnij swoje dane, np. formę zatrudnienia, datę zatrudnienia.

2

### Partner Życiowy

Jeżeli nie jesteś w związku małżeńskim, możesz wyznaczyć partnera życiowego.

**Wskaż partnera życiowego**

Partner życiowy - osoba, z którą nie jesteś w związku małżeńskim, ale prowadzisz z nią wspólne gospodarstwo domowe.

Dzięki wskazaniu partnera życiowego, będzie on traktowany jak małżonek np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia na życie)

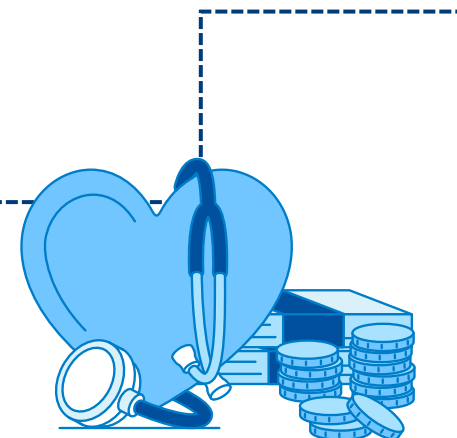
**Partner życiowy**   **Małżonek**   **Nie chcę wskazywać**

DALEJ

3

### Współubezpieczeni

Jeżeli zaznaczyłeś, że w ramach ubezpieczenia opieka medyczna i/lub ubezpieczenia z kartą lekową chcesz ubezpieczyć również bliskich, to należy uzupełnić ich dane.



**Dodaj dane współubezpieczonych**

Współubezpieczony - osoba bliska, którą dołączasz do swojego ubezpieczenia lekowego.

Pobierz dane współubezpieczonego  
Z POPRZEDNIEJ DEKLARACJI

**1. Partner życiowy**

Imię  
Piotr

Nazwisko  
Kwiatkowski

Obywatelstwo  
polskie   inne

Obywatelstwo  
niemieckie

Nie mam PESEL-u

Płeć  
kobieta   mężczyzna

Data urodzenia  
17.02.1978

Miejsce urodzenia  
Częstochowa

E-mail  
maili@wp.pl

Adres (Obroniów Westerplatte 30/13, 11-400 Kętrzyn)  
taki sam jak mój   inny

Oświadczam, że osoba, której dane podaję, zgodziła się, aby przekazać je do PZU Życie SA. Dzięki nim PZU Życie SA może sprawdzić, czy ta osoba ma indywidualne elektroniczne konto w PZU Życie, wysłać do tej osoby informacje, że może takie konto założyć.

← WRÓĆ I EDYTUJ LICZBĘ WSPÓLUBEZPIECZONYCH

DALEJ

# Oferta ubezpieczenia

## Pracownik – wprowadzenie i weryfikacja danych

### Wskaż uposażonych

Uposażony - osoba fizyczna lub prawna, która otrzyma świadczenie po Twojej śmierci.

Jeśli nie wskażesz uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Pobierz dane uposażonych

Z POPRZEDNIEJ STRONY

Z POPRZEDNIEJ DEKLARACJI

### 1. Uposażony

Ustaw procent uposażenia

0 % uposażenia

Rodzaj osoby

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

+ DODAJ KOLEJNEGO UPOSAŻONEGO

1

## Uposażeni

Możesz wskazać osoby uposażone.

Uposażonym może być osoba fizyczna lub podmiot prawny.

2

## Podsumowanie danych

Sprawdź wprowadzone na formularzu przystąpienia dane – swoje, partnera życiowego, uposażonych.

### Podsumowanie

Sprawdź poprawność danych. W przypadku błędów popraw je, klikając [edytuj dane](#).

Leokadia I \_\_\_\_\_

**UBEZPIECZONY**

PESEL: \_\_\_\_\_  
data urodzenia: 17.02.1988  
miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_  
zakład pracy: \_\_\_\_\_  
adres: \_\_\_\_\_ yn

**PARTNER ŻYCIOWY**

PESEL: \_\_\_\_\_  
data urodzenia: \_\_\_\_\_  
miejsce urodzenia: Częstochowa  
e-mail: \_\_\_\_\_

DALEJ

3

## Edycja danych

Jeżeli zauważysz błąd we wprowadzonych danych lub chcesz je zmienić, kliknij przycisk edytuj dane.

Następnie wybierz czyje dane chcesz poprawić.

### Edytuj dane

Ubezpieczony

Partner życiowy

Uposażony

# Oferta ubezpieczenia

## Pracownik – złożenie oświadczeń i wystanie deklaracji

### Zgody i oświadczenia

Poniższe zgody i oświadczenia dotyczą przystąpienia do grupowego ubezpieczenia.

#### Jednorazowa zgoda na przesłanie dokumentów

Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgód i oświadczeń.

Wyrażam jednorazową zgodę na przesłanie informacji i dokumentów za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.  
Pokaż treść

#### Zgody i oświadczenia do zawarcia polisy

Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgód i oświadczeń.\*

Zaznacz wszystkie

Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałem/am się z jego treścią i akceptuję go.

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Zgadzam się na przystąpienie do ubezpieczenia.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Zgadzam się, aby kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia oraz lekarze udzielali PZU informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci - bez przetwarzania tych danych.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu ani w hospicjum.  
Ukryj treść

W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla pracowników chorujących, w zakładzie rehabilitacyjnym oraz nie uznano za stosowne do mojej rzeczywistości do pracy lub niudostępności do służby oraz jestem właścicielem organu.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnozy objawów chorób wymienionych niżej: łuszczyka skóry, choroba wrzodkowa, zakrzepicy żyłnej, choroby niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa), zawału serca, zawałowiowej wady serca, migotanie przedsionków.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, w dołączonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

#### Informacja o ofertach specjalnych i nowościach w Grupie PZU

Wyraź poniższą zgodę i zyskaj

Dowiedz się o ciekawych ofertach.  
Marketing produktów własnych PZU SA  
Pokaż treść

Dowiedz się o ciekawych ofertach.  
Marketing produktów własnych PZU Życie SA  
Pokaż treść

Dotyczy do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.  
Zgoda na udostępnienie danych w celach marketingowych przez PZU Życie SA spółkom Grupy PZU  
Pokaż treść

Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em

Zgoda na otrzymywanie informacji marketingowych drogą elektroniczną  
Pokaż treść

Masz prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz wycofać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontaktowy lub pismo na adres PZU, ul. Postępu 16a, 02-676 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.

Dane spółek

WYŚLIJ

1

## Zgody i oświadczenia

Zaznacz zgody i oświadczenia.

Oznaczone czerwoną gwiazdką są niezbędne do wystania formularza przystąpienia.

### Zgody i oświadczenia

Poniższe zgody i oświadczenia dotyczą przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu oraz grupowego ubezpieczenia.

#### Jednorazowa zgoda na przesłanie dokumentów

Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgód i oświadczeń.\*

Wyrażam jednorazową zgodę na przesłanie informacji i dokumentów za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.  
Pokaż treść

Wysłałmy na Twój e-mail informacje i dokumenty dotyczące Twojego ubezpieczenia grupowego.

#### Zgody i oświadczenia do zawarcia polisy

Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgód i oświadczeń.\*

Zaznacz wszystkie

Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałem/am się z jego treścią i akceptuję go.

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Zgadzam się na przystąpienie do ubezpieczenia.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Zgadzam się, aby kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia oraz lekarze udzielali PZU informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci - bez przetwarzania tych danych.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Podpisując deklarację przystąpienia nie jestem na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu ani w hospicjum.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnozy objawów chorób wymienionych niżej: łuszczyka skóry, choroba wrzodkowa, zakrzepicy żyłnej, choroby niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa), zawału serca, zawałowiowej wady serca, migotanie przedsionków.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dołączonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.  
Pokaż treść

Informacja administratora danych osobowych.pdf

#### Zgody marketingowe - Bądź na bieżąco

Chcesz otrzymywać informacje o nowościach i ofertach Grupy PZU

Zaznacz wszystkie

Zgoda na otrzymywanie od PZU SA informacji o obowiązkowych drogą elektroniczną.  
Ukryj treść

Wyrażam zgodę na przysłanie informacji i dokumentów, w tym OMI oraz dokumentów zawierających informacje o produktach, w klubie informację o bieżących moich w art. 8 ust. 3 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wniósłową lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym w formie SMS/MMS lub e-mail, na wskazany adres nie w formie telefonu lub adres mailowy. Istnieje możliwość podjęcia przez mnie danych kontaktowych, zaobserwując się uaktualniając moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Zgoda na otrzymywanie informacji marketingowych telefonicznie  
Pokaż treść

Zgoda na otrzymywanie informacji marketingowych drogą elektroniczną.  
Pokaż treść

Masz prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz wycofać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontaktowy, pismo albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 16a, 02-676 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.

Dane spółek

WYŚLIJ DO POTWIERDZENIA

2

## Wystanie przystąpienia

Po zaznaczeniu oświadczeń możesz wysłać formularz przystąpienia.

Jeżeli wskazałeś pełnoletnich bliskich, jako współubezpieczonych, będziesz mógł wysłać deklarację do potwierdzenia.

Ubezpieczenie Grupowe Firmy Asseco S.A.

Dziękujemy za przystąpienie do ubezpieczenia

Twoją deklarację wysłałmy do pracodawcy. Poinformujemy Cię, gdy ubezpieczenie zacznie obowiązywać.

**Przełącz ofertę**

Aby Twój bliski mógł skorzystać z tego ubezpieczenia, przełącz tu ofertę.

**PRZEŁĄCZ**

### Wniosek o dokonywanie potrąceń składek

Dostarcz zgodę na potrącenia składek z wynagrodzenia do osoby obsługującej ubezpieczenie grupowe w Twoim zakładzie pracy.

Wniosek o potrącenie składek z wynagrodzenia

**649,35 zł**

Składka za Twoje ubezpieczenie

Uwzględnij DOFINANSOWANIE we wniosku o potrąceniu składek.

Zapoznaj się z metodą zgody na potrącenie składki w twoim zakładzie pracy.



# Akceptacja współubezpieczenia

Współubezpieczony – akceptacja przystąpienia do ubezpieczenia przez pełnoletniego bliskiego

## Prośba o potwierdzenie danych

Twoja osoba bliska proponuje Ci dotychczas do ubezpieczenia

SPRAWDŹ SZCZEGÓŁY

ZAMKNIJ WIADOMOŚĆ

1

## Komunikat

Zaznacz zgody i oświadczenia.

Oznaczone czerwoną gwiazdką są niezbędne do wysłania formularza przystąpienia.



Pulpit   **Moje produkty**   Opieka medyczna   Szkody i świadczenia   Inwestycje i oszczędności   Klub PZU   Oferty PZU

### Podsumowanie i zakres ubezpieczenia

Leokadia J

**PLATNIK**

PESEL: 8I  
data urodzenia: J  
miejsce urodzenia: Częstochowa  
zakład pracy: #  
adres: C

Piotr P

**WSPÓLUBEZPIECZONY**

PESEL: C  
data urodzenia: 17.02.2000  
miejsce urodzenia: Częstochowa  
e-mail: #  
adres: H

Zobacz pełen zakres ubezpieczenia, sprawdź szczegóły i pobierz dokumenty

WYŚWIETL PEŁEN ZAKRES UBEZPIECZENIA

### PZU Na Życie Plus

Ubezpieczenie Grupowe Firmy

Oferta dotyczy przystąpienia do:

✓ PZU Na Zdrowie Plus

2

## Podsumowanie – dane na deklaracji

Po zaznaczeniu oświadczeń możesz wysłać formularz przystąpienia.

Jeżeli wskazałeś pełnoletnich bliskich, jako współubezpieczonych, będziesz mógł wysłać deklarację do potwierdzenia.



# Akceptacja współubezpieczenia

Współubezpieczony – akceptacja przystąpienia do ubezpieczenia przez pełnoletniego bliskiego

**Zgody i oświadczenia**  
Poniższe zgody i oświadczenia dotyczą przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu oraz grupowego ubezpieczenia.

**Jednorazowa zgoda na przesłanie dokumentów**  
Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgód i oświadczeń.\*

- \*Wyrażam jednorazową zgodę na przesłanie informacji i dokumentów za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.  
Pokaż treść
- \*Wydałam/am na Twój e-mail informacje i dokumenty dotyczące Twojego ubezpieczenia grupowego.

**Zgody i oświadczenia do zawarcia polisy**  
Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgód i oświadczeń.\*

- \*Zawiodła w sprawie.  
\* Informacja administracyjna danych osobowych.pdf
- \*Chcę przystąpić do Klubu Pomoc w Życiu w ramach ubezpieczenia w Regulaminie Klubu. Zapoznałem/am się z jego treścią i akceptuję go.  
\* Informacja administracyjna danych osobowych.pdf
- \*Zgadzałem/am się na przystąpienie do ubezpieczenia.  
\* Informacja administracyjna danych osobowych.pdf
- \*Zgadzałem/am się, aby informacje wszystkich członków Klubu otrzymały lekarze ubezpieczeni PZU informacje o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich najbliższych (dane) – bez przetwarzania tych danych.  
\* Informacja administracyjna danych osobowych.pdf
- \*Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych na zwaleniach lekarskich, w przypadku art. w hospitalizacji.  
\* Informacja administracyjna danych osobowych.pdf
- \*Mogły być objęte odpowiedzialnością w zakresie ubezpieczenia choroby, ale nie jest to problem w zakresie ubezpieczenia choroby, w szczególności, jeżeli nie ma choroby, która jest objęta ubezpieczeniem. Zgodzę się na objęcie odpowiedzialnością w zakresie ubezpieczenia choroby, w szczególności, jeżeli nie ma choroby, która jest objęta ubezpieczeniem. Zgodzę się z przemyśleniem przystąpienia. Tęże dane do czasu wypowiedzenia umowy.  
\* Informacja administracyjna danych osobowych.pdf
- \*Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w oświadczeniach moich najbliższych. Informacja Administracyjna danych osobowych.pdf
- \*Mam prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie ubezpieczenia choroby, w szczególności, jeżeli nie ma choroby, która jest objęta ubezpieczeniem. Zgodzę się na objęcie odpowiedzialnością w zakresie ubezpieczenia choroby, w szczególności, jeżeli nie ma choroby, która jest objęta ubezpieczeniem. Zgodzę się z przemyśleniem przystąpienia. Tęże dane do czasu wypowiedzenia umowy.  
\* Informacja administracyjna danych osobowych.pdf

**Informacja o ofertach specjalnych i nowościach w Grupie PZU**

Wyślij wiadomość o ofertach i nowościach

- Dostawiam się o ciekawych ofertach.  
Marketing produktów w ubezpieczeniach PZU SA  
Pokaż treść
- Dostawiam się o ciekawych ofertach.  
Marketing produktów w ubezpieczeniach PZU Życie SA  
Pokaż treść
- Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.  
Zgoda na wykorzystanie danych w celach marketingowych przez PZU Życie SA zgodnie z polityką Grupy PZU.  
Pokaż treść
- Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymam e-mailem lub SMS-em (SMS-em).  
Zgoda na otrzymywanie informacji marketingowych drogą elektroniczną.  
Pokaż treść

Dane spółek ↗

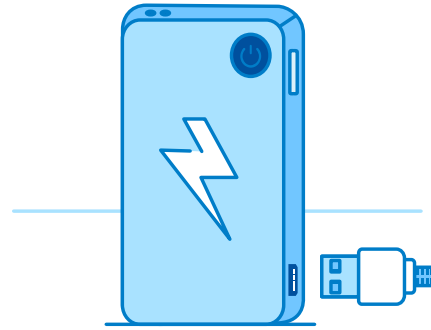
AKCEPTUJ

**1**

## Zgody i oświadczenia

Zapoznaj się ze zgodami i oświadczeniami.

Oznaczone czerwoną gwiazdką są niezbędne do akceptacji współubezpieczenia.



**2**

## Akceptacja

Po zaakceptowaniu współubezpieczenia zobaczysz ekran z potwierdzającym to komunikatem.

**mojePZU**

Pulpit | **Moje produkty** | Opieka medyczna | Szkody i świadczenia | Inwestycje i oszczędności | Klub PZU | Oferty PZU

Ubezpieczenie Grupowe Firmy Asseco S.A.

**Zaakceptowałeś wskazanie do ubezpieczenia**

Co dalej?

Płatnik otrzyma powiadomienie, gdy obejmie Was ochrona ubezpieczeniowa.

# Oferta dla osoby bliskiej

Jeżeli chcesz by Twój **małżonek/partner życiowy** lub **pełnoletnie dziecko** również przystąpili do ubezpieczenia, udostępnij im ofertę. Osoba, której udostępnisz ofertę zobaczy ją po zalogowaniu się do mojePZU.

Zakres oferty, którą przekażesz swojemu bliskiemu będzie zgodny z tym co wybrałeś dla siebie.



**Osoby, które nie posiadają** konta, w e-mailu otrzymają również instrukcję utworzenia konta.

Proces tworzenia konta jest taki sam jak dla pracownika.



Dzień dobry,

Twój bliski proponuje Ci dołączenie do ubezpieczenia grupowego. Już teraz możesz założyć konto w serwisie PZU i sprawdzić szczegóły tej oferty.

#### JAK TO ZROBIĆ

1. Kliknij przycisk „Założ konto”

**ZALÓŻ KONTO**

Jeżeli przycisk się nie wyświetla, skopiuj poniższy link i wklej go do przeglądarki:  
<https://moje.pzu.pl/token-registration>

2. Wpisz swoje dane oraz jednorazowy kod: **y4s2Z1PK**

Kod jest ważny do **11.07.2022 00:00**

3. Potwierdź swoje dane i sprawdź szczegóły ubezpieczenia.

Możesz również dołączyć do ubezpieczenia grupowego, wypełniając papierową deklarację przystąpienia.

Jeśli nie jesteś adresatem tej wiadomości, zignoruj ją.



# Oferta ubezpieczenia

Pracownik – przekazanie oferty osobie bliskiej

**1**

Wybierz osobę, której chcesz przekazać ofertę

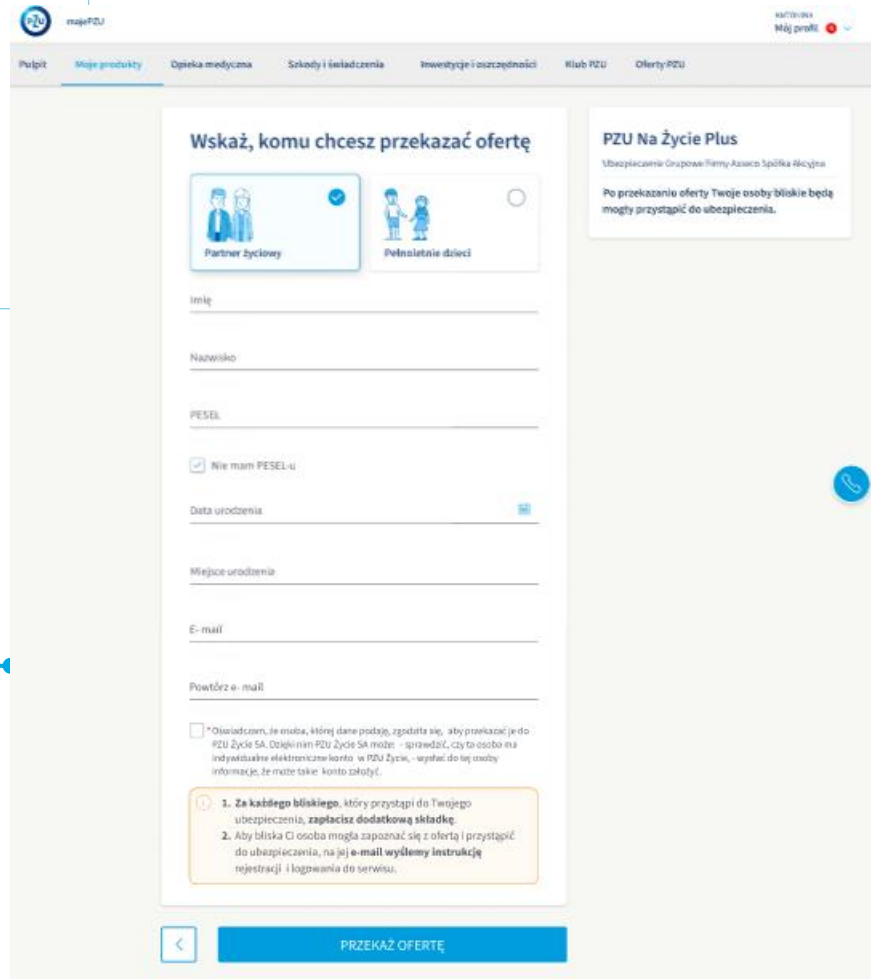
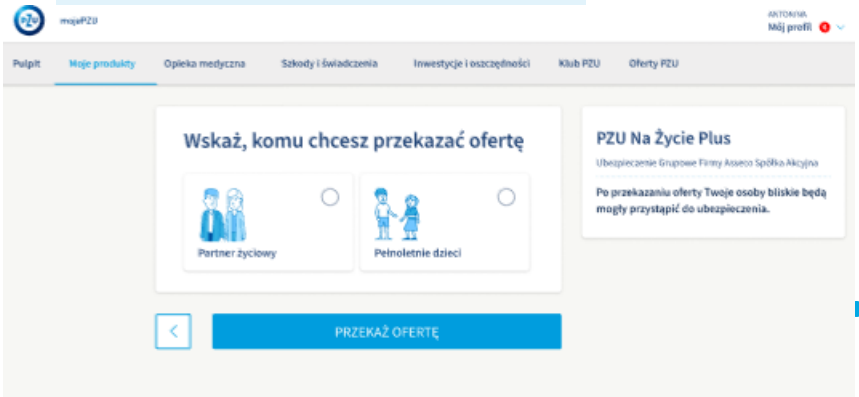
Zaznacz osobę, której chcesz przekazać ofertę.



**2**

Wprowadź dane

Wpisz dane osoby, której chcesz przekazać ofertę. Kliknij Przekaz ofertę.



# Przystąpienie osoby bliskiej

## Osoba bliska – przystąpienie do ubezpieczenia

1

### Oferta

Proces tworzenia deklaracji przystąpienia osoby bliskiej jest taki sam jak u pracownika.



### Zgody i oświadczenia

Poniższe zgody i oświadczenia dotyczą przystąpienia do grupowego ubezpieczenia.

#### Jednorazowa zgoda na przesłanie dokumentów

Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgód i oświadczeń.\*

- Wyrażam jednorazową zgodę na przesłanie informacji i dokumentów za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.  
Pokaż treść

Wystaliśmy na Twój e-mail informacje i dokumenty dotyczące Twojego ubezpieczenia grupowego.

#### Zgody i oświadczenia do zawarcia polisy

Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgód i oświadczeń.\*

- Zamacz wszystko
- Zgadzą się na przystąpienie do ubezpieczenia.  
Pokaż treść
- Zgadzą się, aby podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielały PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci, bez przetwarzania tych danych.  
Pokaż treść
- W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu ani w hospicjum.  
Pokaż treść
- Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób.  
Pokaż treść
- Oświadczam, że zapoznałem/ęm się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).  
[Info\\_Administratora\\_danych\\_osobowych\\_PZU\\_Zycie](#)

#### Zgody marketingowe - Bądź na bieżąco

Chcesz otrzymywać informacje o nowościach i ofertach Grupy PZU

- Zamacz wszystko
- Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych w przypadku braku umowy w PZU Życie SA.  
Pokaż treść

Masz prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo piszmo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.

Dane spółek



WYŚLIJ DO ZAKŁADU PRACY

### PZU Na Życie Plus

55,99 zł

✓ PZU na Życie Plus:  
Wariant 1 55,99 zł

Pełny zakres ubezpieczenia

✚ Pobierz OWU oraz dokumenty zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym

# Wysłanie deklaracji przez osobę bliską

1

## Wysłanie deklaracji

Osoba bliska swoją deklarację wysyła do zakładu pracy pracownika.



2

## Komunikat

Gdy osoba bliska wyśle deklarację w mojePZU, pracownik otrzyma powiadomienie w formie mailowej.



Dzień dobry,

Twoja osoba bliska dzięki Tobie przystąpiła do ubezpieczenia grupowego.

Składka za tę osobę wynosi:

Osoba bliska to małżonek/-ka

Jeśli nie jesteś adresatem tej wiadomości, zignoruj ją.



Z pozdrowieniami  
Zespół mojePZU

PZU Życie SA



Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa  
t: 801 102 102  
(opłata zgodna z taryfą operatora)

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna,  
Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy:  
295 000 000 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl; infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)



mojePZU

✉ | Mój profil

Pulpit | Moje produkty | Oferta PZU | Opieka medyczna | Szkody i świadczenia | Płatności | Formularze obsługowe

Ubezpieczenie Grupowe Firmy



**Dziękujemy**

Twoją deklarację wysłaliśmy do pracodawcy płatnika, czyli osoby bliskiej, która przekazała Ci ofertę. Otrzymasz od nas wiadomość od kiedy rozpocznie się Twoje ubezpieczenie.

PZU Na Życie Plus

**55,99 zł**

Składka za Twoje ubezpieczenie



# Gdy rozpocznie się ochrona

W mojePZU możesz...



sprawdzić **Szczegóły posiadanego ubezpieczenia.**  
np. wysokości świadczeń, OWU



pobrać **Indywidualne Potwierdzenie** zakresu posiadanego ubezpieczenia.



**zmienić wariant** posiadanego ubezpieczenia.



Umówić wizytę lekarską, badania bądź zamówić telewizytę.



Zgłosić **roszczenie.**



Zakupić inne ubezpieczenia np. na podróż.



**Dziękujemy**